

ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA: DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM FUNDAMENTADOS NA TEORIA DE IDA JEAN ORLANDO

PERIOPERATIVE NURSING: NURSING DIAGNOSIS BASED THE THEORY OF IDA JEAN ORLANDO

ENFERMERÍA PERIOPERATÓRIA: DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA FUNDAMENTADOS EN LA TEORIA DE IDA JEAN ORLANDO

Luciana Aparecida Prá¹
Marister Piccoli²

RESUMO: O presente estudo teve como objetivo identificar os diagnósticos de enfermagem na visita pré-operatória de pacientes submetidos a cirurgia oncológica. o referencial teórico selecionado foi a teoria de enfermagem de Ida Jean Orlando. Para o alcance do objetivo proposto foi previamente elaborado um instrumento para a coleta de dados. A amostra consistiu de 20 paciente, de ambos os sexos que foram submetidos a cirurgia oncológica. Foram identificados 46 diagnósticos de enfermagem, os quais destacamos: risco para função respiratória alterada com 95% de frequência e alto risco de infecção com 90 % de frequência.

PALAVRAS-CHAVE: Diagnóstico de Enfermagem; Enfermagem Perioperatória; Filosofia em Enfermagem.

ABSTRACT: This study aimed at identifyng, during the pre-operative visit and more frequently, a nursing diagnosis of clients to surgery cancer. The selected theoretical framework was theory of Ida jean Orlando. In order to reach the proposed objective, na instrument was previously elaborated for data collection. The sample consisted of 20 patients, males and females, who had been sbmitted to cancer surgery. To the ending had been identified, 46 diagnosis nursing: risk for respiratory function modified (95%) of frequency, (high) risk for infection (90%) of frequency.

KEY WORDS: Nursing Diagnosis; Perioperative Nursing; Philosophy, Nursing.

RESUMEN: El presente estudio tuvo como objetivo identitficar el diagnóstico de enfermería en la visita preoperatoria, de pacientes sometidos a cirurgia oncológica. El referencial teórico seleccionado fue en la teoría de Ida jean Orlando. Para el alcance del objetivo propuesto fue previamente elaborado un instrumento para la recolección de datos. La muestra estuvo constituida por 20 pacientes, de ambos sexos que fueram sometidos a cirurgia oncológica. Fueram identificados 46 diagnósticos de enfermería, destacados: riesgo para função respiratória alterada com 95% de frecuencia y alto riesgo de infeccion com (90 %) de frecuencia.

PALABRAS CLAVES: Diagnóstico de Enfermería; Enfermería Perioperatoria; Filosofia en Enfermería.

INTRODUÇÃO

Neste estudo procuramos compreender a situação em que se encontrava o paciente cirúrgico oncológico, analisando seus aspectos psicológicos, relacionando com as alterações fisiológicas da doença, e percebendo a importância da família em todo o processo.

SMELTZER & BARE (2002), colocam que a necessidade do tratamento cirúrgico no

paciente com câncer, acaba por interromper o seu estilo de vida, prejudicam muitas vezes sua adaptação as mudanças, alterando sua auto-imagem, assim como sua interação social.

A equipe de saúde que assiste o paciente com câncer necessita trabalhar em sintonia, transmitindo apoio ao paciente e a família, respeitando as diferentes formas de aceitação de sua patologia e tratamento indicado, além disso, os profissionais devem

¹ Enfermeira. Centro Cirúrgico do Hospital Universitário do Oeste do Paraná. HUOP.

² Enfermeira. Professora Assistente da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, CCBS, Campus de Cascavel. Endereço para correspondência: R. Paraná, 2447, Cascavel, Paraná. E-mail: maristerpiccoli@aol.com

estar capacitados para reconhecer problemas e lidar com eles (SHERMAN JÚNIOR, 1989).

Acreditamos que os pacientes com câncer, possam ser considerados, uma clientela que exige da equipe de enfermagem atividades nos períodos pré, trans e pós operatório. Com isto, buscamos com este trabalho demonstrar que uma das formas de planejarmos atividades visando prestar assistência integral e sem traumas aos pacientes, seja através da sistematização da assistência de enfermagem perioperatória, com o início na visita pré-operatória e trabalhando com os diagnósticos de enfermagem.

De acordo com LADDEN (1997), a enfermagem perioperatória é um processo sistemático e planejado com uma série de passos que estão interligados, seguindo um roteiro para assegurar ao paciente uma assistência adequada e individualizada.

CUNHA et al. (1989), relata que a assistência de enfermagem sistematizada, permite avaliação eficaz dos cuidados prestados ao paciente, por meio do uso de um planejamento específico, para cada indivíduo e da responsabilidade do enfermeiro em realizar a evolução dos mesmos.

De acordo com SMELTZER & BARE (2002), o período pré-operatório inicia no momento em que o paciente é avisado da necessidade do procedimento cirúrgico e as ações de enfermagem neste período, objetivam condições física e psicológica adequadas.

Segundo OKAMURA & AZUMA (1999), um dos objetivos da visita pré-operatória de enfermagem, é o esclarecimento de dúvidas, com vistas a evitar enganos, atrasos, ansiedade ou até mesmo suspensão da cirurgia, assim como falhas na comunicação.

O enfermeiro ao elaborar o diagnóstico de enfermagem, dá significado a coleta de dados, analisando, interpretando os achados e traçando o percurso de ação. Através dos diagnósticos de enfermagem, podemos verificar a visão de cada enfermeiro, sua inserção profissional, e estes dados refletem em seus encaminhamentos e intervenções (Angerami apud GUIMARÃES et al., 2000).

LADDEN (1997) relata que a base para a identificação dos diagnósticos de enfermagem perioperatória, concentram-se no momento pré-operatório, e mais especificamente na visita pré-operatória de enfermagem realizada pelo enfermeiro de centro cirúrgico.

Esperamos com este estudo refletir sobre a importância da visita pré-operatória para a sistematização da assistência de enfermagem perioperatória, e do levantamento dos diagnósticos de enfermagem para alcançar uma assistência de enfermagem completa ao paciente cirúrgico.

Partindo-se destes princípios, optamos pela Teoria de Enfermagem de Ida Jean Orlando (ORLANDO, 1978) para direcionar a pesquisa, visto que esta nos possibilita avaliar o paciente de forma integral, abordando seus aspectos verbais e não verbais, os quais são fundamentais, na assistência de enfermagem ao paciente cirúrgico, e nos permite identificar os diagnósticos de enfermagem.

REFERÊNCIAL TEÓRICO

Teoria de Enfermagem de Ida Jean Orlando

Segundo LEONARD & CRANNE (1993) a teoria de ORLANDO, é considerada uma teoria de enfermagem devido à forma como o trabalho de enfermagem é abordado, além disso Orlando satisfaz todas as características básicas de uma teoria, considerando que esta consegue inter-relacionar conceitos de modo a criar uma maneira diferente de encarar determinados fenômenos, oferece um processo razoável e seqüencial para a enfermagem, é uma teoria simples e ao mesmo tempo generalista, foi realizada através de testes e derivação de hipóteses, foi acrescentada ao corpo geral de conhecimentos e auxilia na disciplina, é uma teoria fácil de ser aplicada na prática, com pacientes e profissionais da enfermagem. Além disto à teoria de Orlando não entra em conflito com as demais teorias validadas.

Conforme relata LEONARD & CRANE (1993), Orlando, percebe a enfermagem como uma atividade singular, em que o profissional trabalha exclusivamente para atender as necessidades do paciente, buscando uma maior interação com o paciente deixando desta forma de ser uma profissão cumpridora de ordens e tornando-se independente.

ORLANDO (1978) desenvolveu uma teoria de enfermagem em que o paciente é o elemento principal da assistência, com isto as ações de enfermagem também devem ser individualizadas e adequadas a cada paciente, sendo que estas ações são fundamentadas nas necessidades de ajuda manifestadas pelos pacientes.

O imediatismo é um fator imprescindível na teoria de Orlando, visto que as atitudes do paciente podem significar um pedido de ajuda, e as ações de enfermagem devem ser realizadas neste exato momento. Com isto, o planejamento a longo prazo, não deve ser considerado na teoria de enfermagem de Orlando (LEONARD & CRANE, 1993).

Para ORLANDO (1978), a função do enfermeiro, é de auxiliar o paciente identificando as suas necessidades de forma imediata tendo como instrumento básico à observação, considerando que esta pode ser realizada de forma direta, decorrentes da experiência do próprio enfermeiro com o paciente, e as indiretas, que são aquelas advindas de outros profissionais, prontuário do paciente e visitas.

A teórica relata que o enfermeiro necessita interagir com paciente, e esta pode ocorrer de forma verbal, através da qual o paciente relata as suas aflições e de forma não verbal, manifestada por expressões faciais, gestos, tremores e alterações fisiológicas. Ambos os comportamentos verbais e não verbais podem ser observados simultaneamente e estes dados servem de base para se traçar os cuidados de enfermagem.

Orlando aborda que as ações do profissional enfermeiro concentram-se em avaliação do paciente no momento em que ele é admitido, verificando as necessidades de ajuda, educação do paciente diante de

uma necessidade encontrada e orientações ao paciente durante o preparo de sua alta (LEONARD & CRANE, 1993).

A teoria de ORLANDO, compreende três momentos que são: o comportamento do paciente, a reação do enfermeiro frente a esta situação e as ações de enfermagem a serem realizadas, partindo-se destes princípios, a interação destes aspectos constituem o processo de enfermagem.

Segundo LEONARD & CRANE (1993), é possível comparar os demais processos de enfermagem ao processo de enfermagem de Ida Jean Orlando, uma vez que ela aborda, assim como no processo de enfermagem o paciente como um todo, utilizando-se da relação enfermeiro/paciente e permitindo traçar os cuidados de enfermagem avaliando sua eficácia.

ORLANDO (1978), define que o comportamento do paciente necessita ser observado pelo enfermeiro por meio de uma interação imediata enfermeiro/paciente, utilizando-se de percepções não verbais demonstradas por atividades motoras como: caminhar, comer, contrair-se; alterações fisiológicas como: urinar, defecar, pressão arterial, e outras; manifestações sonoras como: choro, gemido, tosse, grito, respiração difícil, etc. O comportamento verbal do paciente também necessita ser observado, pois através deste é possível identificar as reais necessidades do paciente, entretanto, compreendemos que comportamento verbal e não verbal complementam-se na análise das necessidades de ajuda, com isto devem ser observados concomitantemente, assim, todo comportamento manifestado pelo paciente de forma verbal ou não verbal, necessita ser entendido como um pedido de ajuda até que se prove ao contrário.

LEONARD & CRANE (1993), relatam que para Orlando o comportamento do paciente, é a fase do processo de enfermagem em que inicia-se a avaliação, partindo-se de uma coleta de dados composta apenas por dados relacionados à necessidade de ajuda imediata do paciente, e estes são adquiridos de forma verbal e não verbal, constituindo um dado só, o que

corresponde no processo de enfermagem aos dados objetivos e subjetivos.

Acreditamos que por questões culturais e de crenças, ou pela própria personalidade, cada pessoa pode expressar de forma diferente a dor, a doença, a ansiedade e o medo, considerando que muitas vezes pode omitir seus sentimentos, e somente por meio da observação de seu comportamento, somado as manifestações verbais, podemos prestar uma assistência completa ao paciente.

A reação do enfermeiro para ORLANDO (1978), é a maneira pela qual o profissional observa o comportamento do paciente; compreende este comportamento e suas percepções pessoais e sentimentos em face desta situação, levando em consideração que cada indivíduo pode interpretar diferentemente um mesmo acontecimento, sendo assim, cada enfermeiro pode perceber de maneira distinta um mesmo comportamento, e mais importante que perceber ou pensar sobre o comportamento do paciente, é agir em benefício das necessidades encontradas a partir deste comportamento, entretanto, cada ação deve ser avaliada quanto à precisão dos seus resultados, visto que cada enfermeiro poderá executar ações de enfermagem distintas partindo-se de um mesmo comportamento do paciente. Por isto, ORLANDO descreve que o enfermeiro pode formular questões para o paciente responder verbalmente auxiliando a confirmar suas percepções sobre o mesmo.

Percebemos que na prática assistencial, cada profissional leva consigo suas bagagens educacionais, sua forma de percepção, e com isto, as ações de enfermagem podem ser distintas, entretanto, sua finalidade deve ser a mesma, ou seja, a de assistir o paciente de forma integral priorizando suas necessidades e de preferência realizando-as no exato momento em que elas acontecem.

De acordo com LEONARD & CRANE (1993), a reação do enfermeiro enfatizada por ORLANDO frente ao comportamento do paciente esta relacionada à fase de análise do processo de enfermagem, e esta se caracteriza pelos diagnósticos de

enfermagem, que correspondem à identificação das necessidades de ajuda.

LEONARD & CRANE (1993), colocam que para Orlando, o enfermeiro pode executar suas tarefas de forma automática ou voluntária, sendo que ações automáticas são aquelas realizadas apenas para cumprir ordens e satisfazer as necessidades do paciente, baseadas em normas e rotinas, enquanto que as ações voluntárias são realizadas buscando identificar as necessidades e satisfazê-las, procurando explorar todas as informações possíveis do paciente, com objetivo de suprir as suas necessidades.

Podemos perceber que o enfermeiro por meio de ações deliberadas ou voluntárias consegue tratar não somente a patologia, mas assistir o paciente de forma individual e integral.

Para LEONARD & CRANE (1993), a etapa da ação da enfermeira no processo de Orlando corresponde às fases do planejamento do processo de enfermagem, objetivos e decisão com base na ação adequada do enfermeiro. Para os autores Orlando tem como meta avaliar a necessidade de ajuda do paciente, e o objetivo é de beneficiar o comportamento deste, sendo que as decisões são realizadas a partir das necessidades traçadas; a implementação e a execução da ação planejada do processo de enfermagem são também ações da enfermeira.

Compreendemos que o comportamento do paciente pode ser utilizado para levantar as necessidades de ajuda, assim como, para avaliar se as ações de enfermagem foram eficazes, e cabe ao enfermeiro, perceber os comportamentos verbais e não verbais do paciente utilizando-se de seus conhecimentos, e certificando-se com o paciente os problemas levantados, e através destes, desenvolver atividades de enfermagem, de forma a garantir o sucesso da assistência.

O Paciente Cirúrgico Oncológico

O tratamento para a maior parte dos tumores sólidos é o cirúrgico, principalmente

nas suas fases iniciais. A cirurgia pode ser usada com a finalidade de confirmar o diagnóstico médico, através da biópsia; remoção de tumor quando este ainda encontra-se localizado, e ainda pode ser utilizada como forma de tratamento paliativo, com o objetivo de aumentar a sobrevivência do paciente e diminuir o seu sofrimento (SABBI, 1998).

SHERMAN JÚNIOR (1989), ressalta a cirurgia oncológica como sendo um tratamento loco-regional, realizado com o objetivo de cura, e isto, apenas quando o câncer estiver localizado no tecido que o originou ou em gânglios linfáticos regionais, além disto a cirurgia pode ser utilizada como forma de diagnóstico de alguns tumores.

DAVIS (1970), relata que os pacientes com câncer frequentemente apresentam suas condições físicas prejudicadas, podendo apresentar um mau estado nutricional, decorrente das alterações nas funções normais da faringe, esôfago, trato intestinal e órgãos associados, a dor também pode contribuir para anorexia e distúrbios hidroeletrólíticos graves, com isto os quadros clínicos de anemia, deficiências vitamínicas e alterações nos mecanismos de coagulação devem ser corrigidos, para que o procedimento cirúrgico possa ser realizado com segurança.

Acreditamos que a enfermagem no período pré-operatório, possa estar buscando com o paciente e sua família quando presente, as informações acima citadas, referentes aos aspectos nutricionais e condições físicas do paciente e estar compartilhando estes dados com a equipe cirúrgica, em benefício do paciente.

SMELTZER & BARE (2002), relatam que qualquer cirurgia, sendo ela eletiva ou de emergência, mesmo um procedimento simples, é um evento estressante e complexo ao paciente.

Estes mesmos autores mencionam que um paciente diante de uma cirurgia apresenta medos do desconhecido, da morte, da anestesia e da evolução do próprio câncer, além disso fatores externos relacionados à ausência de emprego, a possível perda do trabalho, responsabilidade pela sustentação

da família e a ameaça da incapacidade permanente contribuem para um desgaste emocional, que é acelerado pela confirmação do procedimento anestésico-cirúrgico.

Para TAYLOR (1992), os indivíduos que estão fisicamente enfermos demonstram uma variedade de sentimentos, sendo que os principais são: a ansiedade, hostilidade, depressão, excitação, medo, raiva, e tristeza.

Muitos dos sentimentos apresentados pelo paciente em função da sua patologia, internação, da mudança em sua rotina e seu convívio social e evidenciados diante de um procedimento cirúrgico, são apresentados de maneira diferenciada por cada paciente, expressos por atitudes, gestos ou outros sinais indicativos de alterações emocionais e em muitos casos são confirmados verbalmente pelo próprio paciente.

TAYLOR (1992), relata que os indivíduos respondem de forma única a situações de ameaça à vida, e sua atitude de proteção, dependerá de toda sua formação e do meio em que esta inserido, considerando portanto impossível prever como um determinado paciente irá reagir diante de qualquer procedimento cirúrgico.

Conforme CARPENITO (1999), a cirurgia é responsável por desencadear uma grande quantidade de reações fisiológicas e psicológicas no paciente, e estas são decorrentes de suas experiências pessoais passadas e individuais, padrões de enfrentamento, forças e limitações.

Acreditamos que ao conhecer os inúmeros fatores que possam resultar nas reações fisiológicas e psicológicas de cada paciente submetido a procedimento cirúrgico, o enfermeiro possa assistir cada paciente individualmente.

De acordo com CARPENITO (1999), a cirurgia produz reações esperadas e inesperadas nos pacientes, entretanto, através de investigação cuidadosa a enfermeira classifica cada paciente conforme os graus de complexidade e as reações apresentadas.

Sistematização da Assistência de Enfermagem

De acordo com SILVA et al. (1995), a assistência de enfermagem prestada ao paciente submetido a procedimentos cirúrgicos, envolve três grandes etapas do período perioperatório que são: pré-operatória, trans, e pós-operatória, e cada uma destas fases exige um conjunto de ações, realizadas com o objetivo de promover uma assistência de enfermagem sem complicações e com segurança ao paciente cirúrgico.

Acreditamos que uma forma de prestarmos assistência individualizada e humanizada ao paciente possa ser por meio da sistematização da assistência, pois é o meio pelo qual o enfermeiro consegue avaliar o paciente, as circunstâncias em que se encontra, planejar e implementar os cuidados a serem prestados, utilizando como recurso à assistência sistematizada.

ORLANDO (1978), define o processo de enfermagem como sendo a interação entre o comportamento do paciente, reação do enfermeiro frente a esta situação e as ações de enfermagem a serem realizadas.

O processo de enfermagem para STANTON et al. (1993), constitui o elemento principal da prática de enfermagem, o qual direciona de maneira ordenada o trabalho do enfermeiro, sendo considerado como o "instrumento" e a metodologia utilizada para auxiliar os enfermeiros nas tomadas de decisões e avaliação das conseqüências.

Os autores acima citados consideram que o processo de enfermagem pode ser dividido em cinco diferentes fases ou passos, considerando o diagnóstico de enfermagem como componente básico do processo de enfermagem, sendo elas: a evolução; diagnóstico de enfermagem; planejamento; implementação e avaliação.

ORLANDO (1978) relata que o processo de enfermagem é colocado em ação por um comportamento do paciente que pode indicar uma necessidade de ajuda, e a enfermeira reage a esse comportamento, através de percepções, pensamentos e sentimentos. Ela partilha um aspecto de sua reação com o paciente, assegurando que suas ações verbais e não-verbais são compatíveis com sua reação.

LEONARD & CRANE (1993), relatam que para Orlando o comportamento do paciente constitui a fase do processo de enfermagem em que se inicia a avaliação, partindo-se de uma coleta de dados composta apenas por dados relacionados à necessidade de ajuda imediata ao paciente, e estes são adquiridos de forma verbal e não verbal, constituindo um dado só, o que corresponde no processo de enfermagem aos dados objetivos e subjetivos.

A reação do enfermeiro frente ao comportamento do paciente, esta relacionada à fase de análise do processo de enfermagem, e esta se caracteriza pelos diagnósticos de enfermagem, que correspondem à identificação das necessidades de ajuda para Orlando (LEONARD & CRANE, 1993).

Para os autores acima citados, a etapa da ação da enfermeira no processo de Orlando corresponde às fases do planejamento do processo de enfermagem, objetivos e decisão com base na ação adequada do enfermeiro. ORLANDO (1978) tem como meta avaliar a necessidade de ajuda do paciente, e o objetivo de beneficiar o comportamento do paciente, sendo que as decisões são realizadas a partir das necessidades traçadas; a implementação e a execução da ação planejada do processo de enfermagem são também ações da enfermeira, para Orlando, levando em consideração que em ambos os processos o indivíduo deve ser assistido como um ser único, e tanto o processo de enfermagem como o processo de Orlando utilizam-se da avaliação dos resultados.

Segundo LADEEN (1997), o planejamento determinando as prioridades dos cuidados, a implementações das intervenções pré-operatórias e avaliação dos resultados da sistematização da assistência de enfermagem, são fundamentais para garantir o sucesso do trans-operatório, especialmente no paciente com câncer, visto que este é um exemplo de clientela que necessita de assistência planejada, pois além das alterações fisiológicas, como as alterações que ocorrem no DNA da célula e que em muitos casos resultam em dor :

anemia, náuseas, vômitos, alterações cutâneas devido aos diferentes tipos de tratamento, o paciente encontra-se mais frágil, muitas vezes deprimido e com baixa auto-estima especialmente aqueles submetidos a quimioterapia e com o quadro característico de alopecia, partindo desses princípios o enfermeiro perioperatório, possui condições de juntamente com o paciente buscar soluções e traçar medidas para proporcionar conforto físico e psicológico ao paciente.

Através da problemática exposta percebemos a importância do enfermeiro perioperatório estar sistematizando a assistência, por meio da qual será possível levantar os principais diagnósticos de enfermagem do paciente e da sua família e a partir destes traçar os cuidados de enfermagem a serem realizados no período trans-operatório considerando que por meio da identificação dos diagnósticos de enfermagem podemos planejar, prescrever e implementar para proporcionar ao paciente e sua família assistência humanizada.

Visita Pré Operatória de Enfermagem

Segundo relata ARAÚJO (1984), podemos compreender que o período pré-operatório é composto por um conjunto de ações que visam a identificação de possíveis distúrbios no paciente, reduzindo desta maneira os riscos cirúrgicos, e neste momento é de responsabilidade do enfermeiro de centro cirúrgico o preparo adequado do paciente, de acordo com o tipo e porte da cirurgia.

Para BROOKS (1980), a visita pré-operatória é parte integrante de um processo de enfermagem realizada pelo enfermeiro de centro cirúrgico seguindo um roteiro de perguntas, relacionadas aos sistemas: respiratório, cardiovascular gastrointestinal, tegumentar, músculo esquelético, relacionadas aos padrões de sono, as percepções de dor, questões sobre a integridade pessoal e social, além de outros dados relevantes que influenciam no período trans operatório, após coletados estes dados

e realizado o exame físico o enfermeiro identifica os diagnósticos de enfermagem.

Entendemos a visita pré-operatória como sendo a parte fundamental do processo de enfermagem, pois é através dos dados coletados, da avaliação física, e das percepções não verbais, verificadas neste momento, que o enfermeiro possui subsídios para o desenvolvimento da assistência sistematizada contribuindo com os aspectos emocionais do paciente, esclarecendo as dúvidas, e com a equipe cirúrgica repassando as informações necessárias aos períodos trans e pós-operatórios.

A assistência de enfermagem deve ter como base o período pré-operatório, visto que a fase crítica do paciente concentra-se neste momento, com isto, a atuação da equipe de enfermagem nesta situação objetiva amenizar este quadro aumentando a confiança, segurança, auto-estima e aceitação do paciente (URSI & MACUL apud SILVA et al. 1995).

Diagnósticos de Enfermagem

MARIA (2001), relata que apesar de muitos pensarem que diagnóstico de enfermagem é uma técnica inovadora na enfermagem, na verdade esta prática existe desde o período de Florence Nightingale, durante a Guerra da Criméia (século XVIII), sendo elaborado no atendimento aos soldados feridos na luta, entretanto o termo "Diagnóstico de Enfermagem" surgiu na literatura norte-americana somente em 1920, e em 1970, foi realmente aceito e divulgado com o surgimento do grupo norte-americano para Classificação dos Diagnósticos de Enfermagem, que em 1982, torna-se oficialmente na North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), composto por enfermeiras norte-americanas e canadenses.

Esta revolução na enfermagem contribui para o Conselho Internacional de Enfermagem (CIE), a partir de 1980, assumir a classificação prática da enfermagem em âmbito mundial, resultando na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), através dos projetos Alfa e Beta,

contando inclusive com a participação da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), a qual em conjunto com o CIE, desenvolveu a Classificação para a Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPEsc), no Brasil os primeiros estudos referentes a diagnósticos de enfermagem surgiram na Universidade Federal da Paraíba e na Escola de Enfermagem da USP, Ribeirão Preto, durante este mesmo período (MARIA, 2001).

A identificação dos diagnósticos de enfermagem compõe uma das fases do processo de enfermagem, sendo realizada por meio da análise do histórico e exame físico do paciente, pontuando as necessidades de cada um.

Os diagnósticos de enfermagem são definidos pela NANDA (2002, p.271), como sendo: "Um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde - processos vitais reais ou potenciais".

Na identificação dos diagnósticos de enfermagem, acreditamos que o enfermeiro possa utilizar todos os recursos que dispõe, considerando as manifestações verbais e não verbais do paciente, suas crenças e costumes, e percebendo o paciente em seu contexto familiar e social.

Entendemos que compreendendo os componentes do diagnóstico de enfermagem, e realizando a avaliação dos pacientes, de forma individual, e em conjunto com os dados coletados, o enfermeiro possa chegar de forma adequada aos diagnósticos de enfermagem de cada paciente por ele assistido.

OBJETIVO

Identificar os diagnósticos de enfermagem em pacientes com câncer com indicação de procedimento anestésico cirúrgico.

METODOLOGIA

A instituição hospitalar campo de pesquisa possui 119 leitos, sendo que 32 são

destinados a pacientes com câncer, onde são admitidos pacientes clínicos e cirúrgicos.

A direção da unidade foi consultada e esclarecida quanto ao objetivo do estudo, e os pacientes que fizeram parte foram esclarecidos e consultados por meio de termo de consentimento por escrito, garantindo o direito de desistirem da participação, assim como o completo anonimato. Este projeto foi avaliado e aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Estadual do Oeste do Paraná-Unioeste conforme Protocolo nº 008839/2003.

O desenvolvimento deste estudo ocorreu em três etapas distintas que foram:

Construção de um instrumento de coleta de dados que teve como eixo norteador a teoria de enfermagem de Ida Jean Orlando descrita anteriormente. O instrumento consta de três etapas, sendo que, a primeira é constituída da identificação do paciente e dados relacionados ao procedimento cirúrgico; a segunda é a visita pré-operatória que tem como um dos propósitos a identificação dos diagnósticos de enfermagem relevantes na prescrição da assistência de enfermagem no período trans-operatório constando de dados estruturais (sistemas) do paciente e fatores relacionados à integridade pessoal e social do paciente e da família e a terceira etapa consta dos dados da comunicação não verbal do paciente e também da família.

A amostra foi composta por 20 pacientes adultos, de ambos os sexos, com indicação de procedimento anestésico / cirúrgico.

Após a coleta de dados procedemos a identificação dos diagnósticos de enfermagem de cada entrevista realizada, utilizando o processo de raciocínio diagnóstico descrito por RISNER (1990), sendo a análise e a síntese dos dados encontrados as etapas deste processo.

Após a análise e síntese construímos as afirmativas diagnósticas tendo como referência a taxonomia II da NANDA (2002).

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Caracterização da Amostra

Tabela 1 - Pacientes cirúrgicos oncológicos entrevistados segundo o gênero. Cascavel, 2003.

SEXO	Nº	%
Feminino	17	85
Masculino	3	15
TOTAL	20	100

Com relação a variável gênero, observamos a desigualdade entre as mulheres representando 85 % dos pacientes, enquanto que os homens apenas 15%.

Verificamos durante a coleta de dados, através dos históricos dos pacientes, que as mulheres demonstraram maior preocupação com o estado de saúde, procurando assistência médica desde a suspeita do câncer, enquanto que os homens somente procuraram depois que o tumor já estava alojado.

SABBI (1998), relata que os tipos de câncer mais frequentes irão variar de acordo com o sexo, entretanto, o sexo feminino normalmente ocupa valores de destaque, pela procura maior da mulher para o seu tratamento.

Na Tabela 2, podemos perceber a relação de pacientes por idade, indicando o alto índice (65 %), dos pacientes entrevistados entre 51 a 60 anos

Tabela 2 - Pacientes cirúrgicos oncológicos entrevistados, segundo a idade. Cascavel, 2003.

IDADE	Nº	%
21 – 30	1	5
31 – 40	3	15
41 – 50	3	15
51 – 60	13	65
TOTAL	20	100

Tabela 3 - Pacientes cirúrgicos oncológicos entrevistados segundo o estado civil. Cascavel, 2003.

ESTADO CIVIL	Nº	%
Casado (a)	12	60
Viúvo (a)	6	30
Solteiro (a)	1	5
Divorciado (a)	1	5
TOTAL	20	100

A distribuição dos clientes por estado civil, pode ser observada na Tabela 3, verificando-se a prevalência de pacientes casados, ou seja, 60 % da amostra.

Segundo a Tabela 4, o procedimento cirúrgico de maior frequência foi a ressecção de nódulo de mama, sendo realizado três

procedimentos correspondendo a 15 % do total da amostra.

Tabela 4 - Pacientes cirúrgicos oncológicos entrevistados segundo o tipo de procedimento cirúrgico. Cascavel, 2003

TIPO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO	Nº	%
Ressecção de nódulo de mama	3	15
Gastrectomia	2	10
Histerectomia	2	10
Laparotomia	2	10
Amputação abdominal perineal do reto	1	5
Esvaziamento cervical	1	5
Glonectomia facial	1	5
Nefrectomia	1	5
Prostatectomia	1	5
Reimplante de cateter Duplo J	1	5
Reimplante de cateter uretral	1	5
Ressecção de tumor de parte mole	1	5
RTU de próstata e biopsia de próstata	1	5
Reto metatectomia	1	5
Tireoidectomia	1	5
TOTAL	20	100

Tabela 5 - Pacientes cirúrgicos oncológicos entrevistados segundo tipo de anestesia . Cascavel, 2003

TIPO DE ANESTESIA	Nº	%
Geral	13	65
Raquidiana	6	30
Local	1	5
TOTAL	20	100

A tabela 5 mostra que dos vinte pacientes abordados, 9 foram submetidos a procedimento anestésico geral, equivalendo a 45 % do total da amostra.

Diagnósticos de enfermagem identificados

A tabela abaixo, apresenta em ordem decrescente de frequência, a relação dos diagnósticos de enfermagem identificados:

Tabela 6 - Pacientes cirúrgicos oncológicos entrevistados para cada diagnóstico de enfermagem identificado.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	N	%
Risco para função respiratória alterada: <i>Estado em que o indivíduo está em risco de apresentar uma ameaça à passagem de ar do trato respiratório e à troca de gases (CO₂ – O₂) entre os pulmões e o sistema vascular (CARPENITO, 2002, p. 531).</i>	19	95,0
Alto risco para infecção: <i>é um estado em que o indivíduo apresenta o risco de ser invadido por um agente oportunista ou patogênico (vírus, fungos, bactérias, protozoário ou outro</i>	18	90,0

<i>parasita), de fontes externas, endógenas ou exógenas (NANDA, 2002, p. 134).</i>		
<i>Ansiedade: é considerada como um vago e incômodo sentimento de desconforto ou temor, acompanhado por uma resposta autonômica (a fonte é freqüentemente não-específica ou desconhecida para o indivíduo); um sentimento de apreensão causado pela antecipação de perigo. É um sinal de alerta que chama a atenção para um perigo eminente e permite ao indivíduo tomar medidas para lidar com a ameaça (NANDA, 2002, p. 36).</i>	15	75,0
<i>Medo: é uma resposta à ameaça percebida que é conscientemente reconhecida como um perigo (NANDA, 2002, p. 149).</i>	14	70,0
<i>Risco para Trauma: esta relacionado ao risco acentuado de lesão tecidual acidental (por exemplo, ferida, queimadura e fratura) (NANDA, 2002, p. 214).</i>	14	70,0
<i>Risco para Quedas: esta relacionado a sensibilidade aumentada para quedas que podem causar dano físico (NANDA, 2002, p.191).</i>	14	70,0
<i>Risco para Aspiração: significa estar em risco de entrada de secreções gastrintestinais, secreções orofaríngeas, sólidos ou líquido nas vias traqueobrônquicas (NANDA, 2002, p. 40).</i>	13	65,0
<i>Risco para temperatura corporal desequilibrada (Hipotermia): esta relacionado a “Estar em risco de não conseguir manter a temperatura corporal equilibrada ” (NANDA, 2002, p.207).</i>	13	65,0
<i>Percepção sensorial visual prejudicada: diz respeito a mudança na quantidade ou no padrão dos estímulos que estão sendo recebidos, acompanhada por uma resposta diminuída, exagerada, distorcida ou prejudicada a tais estímulos (NANDA, 2002, p.177).</i>	12	60,0
<i>Manutenção do lar prejudicada: esta relacionada a incapacidade de manter de forma independente um ambiente imediato, seguro e que promova o crescimento (NANDA, 2002, p.146).</i>	12	60,0
<i>Risco para lesão perioperatória de posicionamento: corresponde a estar em risco de lesões como resultado das condições ambientais encontradas no cenário perioperatório (NANDA, 2002, p.145).</i>	10	50,0
<i>Processos familiares interrompidos: corresponde a mudança no relacionamento e / ou no funcionamento da família (NANDA, 2002, p. 189).</i>	9	45,0
<i>Privação do sono: é considerado privação do sono, a partir do momento que são abalados os períodos prolongados de tempo de sono (suspensão sustentada material e periódica do estado de consciência relativo) (NANDA, 2002, p.183).</i>	8	40,0
<i>Proteção ineficaz: corresponde a diminuição na capacidade de proteger-se contra ameaças internas ou externas como doenças ou lesões (NANDA, 2002, p. 190).</i>	8	40,0
<i>Risco para solidão: Para (NANDA, 2002, p.203), significa “estar em risco de experimentar a vaga distoria.”</i>	8	40,0
<i>Conforto alterado: corresponde ao estado em que o indivíduo apresenta uma sensação desconfortável em resposta a estímulos nocivos (CARPENITO, 2002, p.156).</i>	8	40,0
<i>Dor aguda: é uma experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tissular real ou potencial, descrita em termos de tal lesão (Associação Internacional para Estudo da Dor), início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, com um término antecipado ou previsível e uma duração de menos de 6 meses (NANDA, 2002, p. 99).</i>	7	35,0
<i>Risco para imagem corporal perturbada: esta relacionado a estar em risco de apresentar uma confusão na imagem mental do eu físico de uma pessoa (NANDA, 2002, p.122).</i>	7	35,0
<i>Déficit no auto cuidado para banho/ higiene: é definido como sendo uma capacidade prejudicada de realizar ou completar o banho/higiene por si só, podendo estar relacionada com uma motivação diminuída ou falta de motivação (NANDA, 2002, p 43).</i>	6	30,0
<i>Risco para tristeza crônica: esta relacionado ao padrão clínico recorrente e potencialmente progressivo de tristeza disseminada, que é experimentada (por um pai/mãe, cuidador ou indivíduo com doença crônica ou deficiência em resposta à perda contínua, ao longo da trajetória de uma doença ou deficiência (NANDA, 2002, p.220).</i>	6	30,0
<i>Padrões de sono perturbado: pode ser definido como um distúrbio com tempo limitado na quantidade ou qualidade do sono (suspensão natural, periódica da consciência (NANDA, 2002, p.164).</i>	6	30,0
<i>Comunicação verbal prejudicada: corresponde a habilidade diminuída retardada ou ausente para receber, processar, transmitir e usar o sistema símbolos (NANDA, 2002, p. 62).</i>	5	25,0
<i>Conhecimento deficiente: corresponde a ausência ou deficiência de informação cognitiva, relacionada a um tópico específico (NANDA, 2002, p.68).</i>	4	20,0
<i>Interação social prejudicada: esta relacionada a quantidade insuficiente ou excessiva ou qualidade ineficaz de troca social (NANDA, 2002, p. 138).</i>	4	20,0
<i>Andar prejudicado: esta relacionado a limitação ao movimento independente, a pé, pelo</i>	4	20,0

<i>ambiente</i> (NANDA, 2002, p. 43).		
Nutrição desequilibrada menos que as necessidades corporais: <i>corresponde a ingestão de nutrientes insuficiente para satisfazer as necessidades metabólicas</i> (NANDA, 2002, p.163).	4	20,0
Mobilidade física prejudicada: <i>corresponde a limitação no movimento físico independente e voluntário do corpo ou de uma ou mais extremidades</i> (NANDA, 2002, p.155).	3	15,0
Maternidade prejudicada: <i>diz respeito a incapacidade do cuidador primário de criar, manter ou reaver um ambiente que promova o ótimo crescimento e desenvolvimento da criança</i> (NANDA, 2002, p. 170).	3	15,0
Integridade da pele prejudicada: <i>esta relacionado a "Epiderme ou derme alteradas"</i> (NANDA, 2002, p.135).	3	15,0
Percepção sensorial auditiva prejudicada: <i>Mudança na quantidade ou no padrão dos estímulos que estão sendo recebidos, acompanhada por uma resposta diminuída, exagerada, distorcida ou prejudicada a tais estímulos</i> (NANDA, 2002, p.177).	3	15,0
Risco para infecção: <i>é um estado em que o indivíduo apresenta o risco de ser invadido por um agente oportunista ou patogênico (vírus, fungos, bactérias, protozoário ou outro parasita), de fontes externas, endógenas ou exógenas</i> (NANDA,2002, p. 134).	2	10,0
Nutrição desequilibrada mais que as necessidades corporais: <i>corresponde a ingestão de nutrientes que excede as necessidades metabólicas</i> (NANDA, 2002, p.161).	2	10,0
Hipertermia: <i>corresponde a temperatura corporal elevada acima dos parâmetros normais</i> (NANDA, 2002, p.119).	2	10,0
Desobediência: <i>Comportamento de uma pessoa ou cuidador que deixa de coincidir com um plano de promoção da saúde ou terapêutico acordado entre a pessoa (e/ou família e/ou comunidade) e o profissional de saúde. Na presença de um plano de promoção de saúde ou terapêutico acordado, o comportamento da pessoa ou do cuidador é total ou parcialmente não-aderente e pode levar a resultados clinicamente não-efetivos ou parcialmente efetivos</i> (NANDA, 2002, p.89).	2	10,0
Isolamento social: <i>corresponde a solidão experimentada pelo indivíduo e percebida como imposta por outros e como um estado negativo ou ameaçador</i> (NANDA,2002, p.220).	2	10,0
Risco para baixa auto estima situacional: <i>significa estar em risco de desenvolver uma percepção negativa sobre seu próprio valor em resposta a uma situação atual (os processos cancerígenos apresentados</i> (NANDA,2002, p.48).	1	5,0
Volume de líquidos excessivos: <i>esta relacionado a retenção aumentada de líquidos isotônicos</i> (NANDA, 2002, p.231).	1	5,0
Eliminação urinária alterada: <i>corresponde a um distúrbio na eliminação da urina</i> (NANDA,2002, p.101).	1	5,0
Constipação: <i>é uma diminuição na freqüência normal de evacuação, acompanhada por dificuldade ou passagem incompleta das fezes e/ou passagem de fezes excessivamente duras e secas</i> (NANDA, 2002, p.69).	1	5,0
Processos do pensamento perturbado: <i>corresponde a distúrbio nas operações e atividades cognitivas</i> (NANDA, 2002, p.185).	1	5,0
Risco para privação do sono: <i>corresponde ao risco de Períodos prolongados de tempo de sono, (suspensão sustentada material e periódica do estado de consciência relativo)</i> (NANDA, 2002, p.183).	1	5,0
Adaptação prejudicada: <i>esta relacionado a incapacidade de modificar o estilo de vida / comportamento de maneira consistente com relação a uma mudança no estado de saúde</i> (NANDA, 2002, p.29).	1	5,0
Resposta alérgica ao látex: <i>esta relacionado a resposta alérgica a produtos de borracha de látex natural</i> (NANDA, 2002, p.194).	1	5,0
Percepção sensorial gustativa prejudicada: <i>diz respeito a mudança na quantidade ou no padrão dos estímulos que estão sendo recebidos, acompanhada por uma resposta diminuída, exagerada, distorcida ou prejudicada a tais estímulos</i> (NANDA, 2002, p.177).	1	5,0
Capacidade de transferência prejudicada: <i>esta relacionada a limitação ao movimento independente entre duas extremidades próximas</i> (NANDA, 2002, p. 56).	1	5,0
Baixa auto-estima situacional: <i>Possibilidade de desenvolver um sentimento negativo com relação ao seu próprio valor</i> (NANDA, 2002, p.47).	1	5,0
TOTAL	46	100,0

Conforme descrito na tabela 6, foram identificados 47 diagnósticos de enfermagem, sendo que destes, onze receberam destaque com freqüência superior

a 50 %, sendo eles: risco para função respiratória alterada, correspondendo a 95 % da amostra; alto risco para infecção (90 %); ansiedade (75 %); medo, risco para trauma e risco para quedas (70%); risco para aspiração e risco para temperatura corporal desequilibrada (hipotermia) (65 %); percepção sensorial visual prejudicada e manutenção do lar prejudicada (60 %) e risco

para lesão de posicionamento perioperatório (50%).

Dos 46 diagnósticos de enfermagem, optamos em apresentar os enunciados diagnósticos que tiveram frequência superior a 75%, e dissertar sobre os diagnósticos de enfermagem que tiveram frequência superior a 50%.

Tabela 7 - Pacientes cirúrgicos entrevistados segundo os enunciados do diagnóstico de risco para função respiratória alterada.

ENUNCIADOS DIAGNÓSTICOS	Nº	%
Risco para função respiratória alterada, relacionado a diminuição dos níveis de consciência pelos efeitos sedativos da medicação, assim como a paralisação muscular secundárias ao procedimento anestésico geral.	13	68,4
Risco para função respiratória alterada, relacionado aos efeitos sedativos da medicação, assim como a paralisação muscular, secundárias ao procedimento anestésico raquidiano.	6	30,6
TOTAL	19	100,0

A tabela 7 mostra os enunciados do diagnóstico de enfermagem de Risco para Função Respiratória Alterada, sendo este o diagnóstico de maior frequência (95%), relacionados estes fatores aos procedimentos anestésicos geral e raquidianos.

CARPENITO (2002, p.531) define o Risco para Função Respiratória alterada como sendo “um estado em que o indivíduo esta em risco de apresentar uma ameaça à passagem de ar do trato respiratório e à troca de gases (CO₂ – O₂) entre os pulmões e o sistema vascular”.

De acordo com SHERMAN JÚNIOR (1989), dependendo da localização e extensão da neoplasia o procedimento cirúrgico é uma das melhores opções, entretanto, quando a patologia localiza-se no sistema respiratório, a avaliação da utilização desta forma de tratamento deve ser minuciosa, tendo em vista que os riscos podem superar os benefícios.

SILVA et al. (1997), relatam que durante uma anestesia subaracnóide, o paciente pode desencadear uma apnéia, devido a uma hipotensão arterial grave não tratada, e esse tipo de hipotensão pode levar a uma isquemia do sistema nervoso central e disfunção dos centros nervosos.

Acreditamos que o exame físico realizado pelo enfermeiro na visita pré-operatória, deve incluir uma investigação detalhada quanto ao sistema respiratório e as possíveis patologias associadas, visto que estas informações possam poupar danos e transtornos aos pacientes que se submetem a procedimento anestésico/cirúrgico.

O enfermeiro pode utilizar de seus conhecimentos, para traçar os cuidados a serem prestados ao paciente utilizando as observações diretas, através de questionamentos ao paciente e indiretas, consultando o prontuário e outros profissionais para confirmarem suas suspeitas (ORLANDO, 1978).

Tabela 9 - Pacientes cirúrgicos entrevistados segundo os enunciados diagnósticos da categoria diagnóstica alto risco para infecção.

ENUNCIADOS DIAGNÓSTICOS	N	%
Alto risco para infecção, relacionado à ruptura dos tecidos epiteliais, decorrentes do procedimento cirúrgico, os procedimentos invasivos necessários para a cirurgia e anestesia geral, más condições de higiene oral e corporal e déficit de conhecimento sobre imunização, manifestados por comunicação verbal, e alteração da resposta imunológica, decorrente do câncer apresentado.	4	22,2
Alto risco para infecção, relacionado a ruptura dos tecidos epiteliais, decorrentes do procedimento cirúrgico, os procedimentos invasivos necessários a cirurgia e anestesia raquidiana, o esquema vacinal incompleto, o surgimento de processo infeccioso em cirurgia anterior, manifestados por comunicação verbal e alteração da resposta imunológica, decorrente do câncer apresentado.	4	22,2
Alto risco para infecção, relacionado à ruptura dos tecidos epiteliais, decorrentes do procedimento cirúrgico, os procedimentos invasivos necessários para a cirurgia e anestesia, alteração da resposta imunológica decorrente do câncer apresentado	3	17
Alto risco para infecção, relacionado a ruptura dos tecidos epiteliais, decorrentes do procedimento cirúrgico, procedimentos invasivos necessários para a cirurgia e a anestesia raquidiana, os processos alérgicos, manifestados por comunicação verbal, e a alteração da resposta imunológica decorrente do câncer apresentado.	2	11,1
Alto risco para infecção, relacionado a ruptura dos tecidos epiteliais, decorrentes do procedimento cirúrgico, procedimentos invasivos necessários para a cirurgia e anestesia geral, os processos alérgicos manifestados por comunicação verbal e a alteração da resposta imunológica, decorrente do câncer apresentado.	2	11,1
Alto risco para infecção, relacionado a ruptura dos tecidos epiteliais, decorrentes do procedimento cirúrgico, os procedimentos necessários a cirurgia e a anestesia local, as alterações nas respostas imunológicas decorrentes dos processos alérgicos, manifestado por comunicação verbal e alteração verbal e alteração da resposta imunológica, decorrente do câncer apresentado.	2	11,1
Alto risco para infecção, relacionado à ruptura dos tecidos epiteliais, decorrentes do procedimento cirúrgico, os procedimento cirúrgico, os procedimentos invasivos necessários para a cirurgia e anestesia geral, as deficiências nutricionais, o esquema vacinal incompleto, o uso de quimioterapia e radioterapia manifestados por comunicação verbal e alteração da resposta imunológica, decorrente do câncer apresentado.	1	5,5
TOTAL	18	100,0

A tabela 9, demonstra os enunciados para o diagnóstico de Alto Risco para Infecção, sendo que estes enunciados representaram 90 % da amostra. Acreditamos que este fato se deve em grande parte as condições que envolvem o paciente cirúrgico oncológico, ou seja as formas de tratamento, as alterações celulares, físicas entre outras. A NANDA (2002, p.134), define Alto Risco para Infecção como sendo: “ um estado em que o indivíduo apresenta o risco de ser invadido por um agente oportunista ou patogênico (vírus, fungos, bactérias, protozoário ou outro parasita), de fontes externas, endógenas ou exógenas”

PICCOLI & GALVÃO (2001), relatam que as infecções hospitalares podem resultar em sérios danos a saúde, e para se avaliar estes riscos devemos levar em consideração: a doença que motivou a hospitalização, idade, estado nutricional, uso de medicamentos imunossupressores, procedimentos invasivos e outros.

O controle e prevenção da infecção hospitalar não deve se restringir a um grupo de pessoas, sendo importante o inter-relacionamento e redefinição dos papéis de todos os profissionais da área da saúde envolvidos com este tema (Oliveira apud GALVÃO & CRUZ, 1995).

Orlando (1978), relata que é mais fácil planejarmos as necessidades que possam

levar a outros problemas do que cuidarmos depois que eles já aconteceram.

As atividades desordenadas sem revisão dos possíveis danos, podem implicar em custos para o cuidado de enfermagem, o progresso da condição do paciente, o custo do material, medicamentos e outros (ORLANDO, 1978).

Além de prevenir custos ao hospital o planejamento da assistência e previsão de novos problemas, o planejamento, impede um longo período de internação do paciente e conseqüentemente o sofrimento de sua família.

Percebemos através da pesquisa realizada, que a maioria das pessoas visitadas (90 %), apresentaram o diagnóstico de Alto Risco para a Infecção, sendo portanto de fundamental importância um planejamento das atividades de enfermagem que deveriam ser realizadas no período trans-operatório com vistas a reduzir estes riscos, podendo as informações colhidas serem repassadas a toda equipe cirúrgica, em benefício do paciente.

Tabela 10 - Pacientes cirúrgicos entrevistados segundo os enunciados do diagnóstico

ENUNCIADOS DIAGNÓSTICOS	Nº	%
Ansiedade, relacionada ao procedimento anestésico/cirúrgico, as mudanças no estilo de vida e ausência da família pelo fato de ser de outra cidade, o impedimento de trabalhar, expectativa quanto a alta hospitalar e insônia manifestados por comunicação verbal e não verbal.	5	33,3
Ansiedade, relacionada ao procedimento anestésico/cirúrgico, ao impedimento de trabalhar, manifestados por comunicação verbal e não verbal.	2	13,3
Ansiedade, relacionada ao procedimento anestésico/cirúrgico, o impedimento de cuidar dos filhos manifestados por comunicação verbal e não verbal.	2	13,3
Ansiedade relacionada ao procedimento anestésico/cirúrgico manifestados por comunicação não verbal.	1	6,7
Ansiedade relacionada ao procedimento anestésico/cirúrgico, as mudanças no estilo de vida, ausência da família pelo fato de ser de outra cidade o impedimento de trabalhar, expectativa quanto a alta hospitalar, manifestados por comunicação verbal e não verbal.	1	6,7
Ansiedade relacionada ao procedimento anestésico/cirúrgico, as mudanças no estilo de vida, o impedimento de trabalhar, o uso de medicação antidepressiva manifestado por comunicação verbal.	1	6,7
Ansiedade relacionada ao procedimento anestésico/cirúrgico, a expectativa quanto a alta hospitalar e a insônia manifestado por comunicação verbal.	1	6,7
Ansiedade relacionada ao procedimento anestésico/cirúrgico, as mudanças no estilo de vida manifestadas por comunicação verbal.	1	6,7
Ansiedade relacionada ao procedimento anestésico/cirúrgico, as mudanças no estilo de vida, e insônia manifestadas por comunicação verbal e não verbal.	1	6,7
TOTAL	15	100,0

Alcoforado apud SILVA (1987), descrevem que nos momentos em que antecedem o procedimento cirúrgico o paciente, desencadeia, um conjunto de emoções, como angústia e estresse emocional, e isto esta relacionado a ansiedade pelo procedimento cirúrgico, estes sentimentos podem resultar em alterações fisiológicas como crises hipertensivas, podendo inclusive retardar ou até mesmo

suspender a cirurgia. Segundo a NANDA (2002, p.36) a ansiedade, pode ser definida como:

“(...)um vago e incômodo sentimento de desconforto ou temor, acompanhado por uma resposta autonômica (a fonte é freqüentemente não-específica ou desconhecida para o indivíduo); um sentimento de apreensão causado pela

antecipação de perigo. É um sinal de alerta que chama a atenção para um perigo eminente e permite ao indivíduo tomar medidas para lidar com a ameaça “

VISCOTT (1982), relata que a ansiedade pode estar relacionada a algo real ou imaginário, tornando o indivíduo em determinadas circunstâncias incapaz inclusive de controlar suas funções corporais.

Segundo SILVA et al. (1997), independente do tipo de cirurgia o paciente apresenta as mais diversas reações psicoemocionais, sendo a ansiedade pré-operatória a mais comum.

Acreditamos que no paciente oncológico a ansiedade quanto ao procedimento cirúrgico e resultado desta forma de tratamento, foram bastante evidentes, não apenas por manifestações verbais, mas expressos pelos pacientes de formas distintas pela comunicação não verbal, sendo tanto por gestos, expressões faciais como por alterações fisiológicas.

Para ORLANDO (1978), o comportamento do paciente deve ser explorado juntamente com as suas manifestações verbais, visto que suas emoções são manifestadas em conjunto e através desta análise, é possível, chegar as suas causas.

A mesma autora, coloca que os sentimentos podem ser mascarados pelo paciente, e cabe ao enfermeiro, separar suas percepções, idéias e sentimentos e isto exige observação e habilidade comunicativa.

Entendemos a comunicação como sendo um ponto que deve ser explorado e aprimorado pelo enfermeiro de centro cirúrgico, tendo em vista que todo procedimento deve ser explicado ao paciente, e na maioria das vezes estes procedimentos são desconhecidos e geram inúmeros sentimentos.

Kamiyama apud SILVA (1987), relata que todos nós, seres humanos temos medo e insegurança quanto ao desconhecido. CAMON et al. (1994, p. 33), definem que :

“(...) o paciente submetido a procedimento cirúrgico apresenta aspectos psicológicos importantes principalmente com relação ao medo, tem medo da dor, da anestesia, de ficar desfigurado ou incapacitado. Tem medo de demonstrar medo, e medo de mil coisas, sobretudo tem medo de morrer”.

STUART & LARRAIA (2001), conceituam o medo, como tendo uma origem e um objetivo específico, que a pessoa pode identificar e descrever, e estes aspectos envolvem uma avaliação intelectual de um estímulo ameaçador, e a ansiedade normalmente surge como uma resposta a essa avaliação.

Observamos na tabela 6, que o medo estava presente em 70 % do total de pessoas visitadas, de acordo com os dados encontrados verificamos que o medo destes pacientes estava relacionado ao procedimento anestésico/cirúrgico e os conseqüentes resultados da cirurgia e da evolução da patologia, sendo estes fatores agravados na ausência da família ou entes queridos.

De acordo com a NANDA (2002), o diagnóstico de Risco para Trauma esta relacionado ao risco acentuado de lesão tecidual acidental (por exemplo, ferida, queimadura e fratura).

Neste estudo, risco para trauma representou uma freqüência de 70 % na amostra, devido ao grande número de pessoas com acuidade visual prejudicada e em um dos casos agravado pela dificuldade de locomoção.

Risco para quedas esta relacionado a sensibilidade aumentada para quedas que podem causar dano físico” (NANDA, 2002 , p.191).

Percebemos a semelhança dos enunciados referentes ao diagnóstico de enfermagem de risco para quedas, com o diagnóstico de risco para trauma, isto se deve a relação existente devido aos grandes índices de pessoas com acuidade visual prejudicada.

Quanto ao diagnóstico de enfermagem risco para aspiração, KNOBEL (1998) coloca que os pacientes com depressão do nível de consciência, incapazes de deglutir ou tossir, estão em risco de contaminações pelo conteúdo gástrico, conteúdo traqueobrônquico ou pulmonar contralateral.

Verificamos que os dados encontrados neste estudo permaneceram os mesmos, isto porque este diagnóstico foi identificado em todos os pacientes que seriam submetidos a procedimento anestésico geral.

O posicionamento cirúrgico somado as ações das medicações anestésicas gerais, acabam potencializando os riscos de inalação dos conteúdos gástricos (SMELTZER & BARE, 2002).

De acordo com SILVA et al. (1997), o procedimento anestésico geral, envolve uma série de etapas, resultantes em perda da consciência, analgesia e relaxamento muscular, podendo em uma de suas fases responder a estímulos reflexos que podem resultar em êmese e conseqüente aspiração deste conteúdo para o sistema respiratório.

Entendemos que o enfermeiro ao assistir o paciente no pré-operatório sendo este com indicação de procedimento anestésico geral, deve incluir nas ações de enfermagem a serem realizadas no período trans-operatório medidas preventivas de complicações, aspirativas do conteúdo gástrico.

Conforme a NANDA (2002, p. 207) "Risco para temperatura corporal desequilibrada (Hipotermia), esta relacionado a estar em risco de não conseguir manter a temperatura corporal equilibrada".

KAWAMOTO (1986), descreve que as drogas anestésicas resultam em depressão do sistema nervoso fazendo com que o paciente ao retornar da sala de operação, em geral, apresente-se hipotérmico.

Segundo SMELTZER & BARE (2002), o procedimento anestésico geral, causa diminuição do metabolismo da glicose, resultando na acidose metabólica, e desencadeando a hipotermia.

Pensamos que a previsão da hipotermia para o pacientes submetido a procedimento anestésico geral nos momentos de retorno da

anestesia, podem ser realizados desde os momentos pré-operatórios, visando ações para manter o paciente aquecido e confortável até o restabelecimento de suas funções normais.

Percepção Sensorial Visual Prejudicada, representou 60 % da amostra uma vez que "percepção sensorial visual prejudicada diz respeito a mudança na quantidade ou no padrão dos estímulos que estão sendo recebidos, acompanhada por uma resposta diminuída, exagerada, distorcida ou prejudicada a tais estímulos" (NANDA, 2002, p.177).

Através dos enunciados, do diagnóstico de enfermagem referente a manutenção do lar prejudica, percebemos que o tratamento cirúrgico do câncer normalmente exige vários dias de internação, desorganizando a estrutura familiar e resultando em manutenção do lar prejudicada.

Para a NANDA (2002, p.146), a Manutenção do Lar Prejudicada, pode ser definida como "a incapacidade de manter de forma independente um ambiente imediato, seguro e que promova o crescimento".

Concordamos com CLARK & MC GEE (1997), no sentido que a coleta de dados realizadas no período pré-operatório, dos pacientes com câncer deva incluir questões que possibilitem ao paciente, expressar seus problemas pessoais, como por exemplo referente ao ambiente familiar, condições financeiras entre outros, considerando que as preocupações pessoais especialmente as relacionadas a manutenção do lar, influenciam nos aspectos emocionais relacionados ao procedimento anestésico/cirúrgico.

ORLANDO (1978), coloca que o enfermeiro pode criar questionamentos para confirmar suas percepções sobre o paciente, e através destes, pontuar e prescrever as medidas a serem tomadas.

Observamos que o diagnóstico de risco para lesão perioperatória (50 %) na pesquisa, resultou em enunciados, referentes as próprias alterações decorrentes do câncer apresentado e da idade, visto que 65 % dos pacientes possuíam entre 51 e 60 anos de idade.

De acordo com SMELTZER & BARE (2002), compreendemos que o câncer causa uma alteração no funcionamento das células, inclusive nas de revestimento epitelial, tornando a pele susceptível a lesões.

CARPENITO (2002) define que os riscos de lesão perioperatória, dependem das exigências do posicionamento cirúrgico, assim como da duração do procedimento, sendo considerados riscos relevantes os procedimentos que durem duas ou mais horas.

De acordo com a NANDA (2002, p.145) o diagnóstico de enfermagem risco para lesão perioperatória de posicionamento corresponde a “ estar em risco de lesões como resultado das condições ambientais encontradas no cenário perioperatório”

CARPENITO (2002) define como sendo fatores de risco a desorientação, imobilização, obesidade, assim como os distúrbios sensoriais/perceptivos decorrentes do procedimento anestésico.

Com isto acreditamos que a visita pré-operatória de enfermagem deva ser realizada pelo enfermeiro de centro cirúrgico, visto que este é o profissional para pontuar dados relevantes na assistência de enfermagem perioperatória.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio deste estudo compreendemos a visita pré-operatória de enfermagem, como sendo uma das formas de se estabelecer um vínculo entre o paciente e a equipe cirúrgica, reduzindo o medo, a ansiedade, esclarecendo dúvidas e principalmente levantando dados relevantes ao período trans-operatório e que poderão influenciar na recuperação pós-operatória.

A previsão do enfermeiro quanto a continuidade e avaliação dos cuidados de enfermagem, devem ser traçadas no período pré-operatório, visando prevenir danos e complicações trans e pós-operatórias (SILVA et al. 1995).

A visita pré-operatória de enfermagem, possibilitou a compreensão da importância, e dos dados relevantes para a sistematização da assistência de enfermagem perioperatória.

Percebemos durante a pesquisa que embora todos os pacientes possuam o câncer como patologia comum, a forma como esta se manifesta é distinta de pessoa para pessoa, assim como a forma de encara-la.

Verificamos que os pacientes apresentavam inúmeras dúvidas, quanto ao câncer, os procedimentos anestésicos/cirúrgicos, e sobre a própria vida, e a simples presença de alguém para ouvir e permitir que expressassem seus sentimentos, proporcionava conforto, pelo menos por alguns instantes.

CLARK & MCGEE (1997), mencionam que os pacientes com câncer, exigem do enfermeiro um pré-operatório minucioso, com todos os aspectos estruturais e emocionais que envolvem a patologia, utilizando-se de exame físico e coleta de dados detalhada.

Entendemos que a assistência de enfermagem pré-operatória ao paciente com câncer, permite o reconhecimento de problemas, por meio da identificação de diagnósticos de enfermagem, e através destes é possível ao profissional pontuar as atividades a serem desenvolvidas, nos períodos posteriores do procedimento cirúrgico.

A Teoria de Enfermagem de Ida Jean Orlando, permitiu a construção de um instrumento, que serviu de roteiro na identificação dos diagnósticos de enfermagem, para os pacientes cirúrgicos oncológicos, uma vez que este instrumento aborda os aspectos verbais e não verbais, os quais são pontos chaves da Teoria de Ida Jean Orlando e relevantes para chegar de forma clara aos diagnósticos de enfermagem.

Com a utilização do processo de raciocínio diagnóstico descrito por RISNER (1990), tornou possível, realizarmos primeiramente uma análise dos dados coletados, separando o material encontrado e realizando uma análise crítica, seguido da síntese, e ao final, chegando aos diagnósticos de enfermagem.

Ao realizarmos os processos acima descritos com cada um dos vinte pacientes submetidos a procedimento cirúrgico oncológico, identificamos quarenta e seis

diagnósticos de enfermagem de acordo com a Taxonomia II da NANDA (2002).

Percebemos que os aspectos não verbais contidos na Teoria de Enfermagem da Ida Jean Orlando, foram de grande valia na identificação e análise dos diagnósticos de enfermagem, visto que estas observações vinham a completar a comunicação com o paciente, expressando de formas distintas as reações destes frente a doença e a necessidade do procedimento cirúrgico.

Embora na apresentação e discussão dos resultados, pontuamos e exploramos apenas onze diagnósticos de enfermagem de maior frequência, ressaltamos que todos os diagnósticos de enfermagem são importantes e devem ser avaliados pelo enfermeiro, visto que cada paciente é um ser único e a presença de um diagnóstico de enfermagem distinto dos demais pacientes é motivo de investigação e planejamento das medidas a serem tomadas.

Encontramos na visita pré-operatória de enfermagem, uma forma de trazermos a família a participar nos cuidados e orientações a serem prestados para os pacientes oncológicos que serão submetidos a procedimento cirúrgico, auxiliando na identificação dos diagnósticos de enfermagem.

Esperamos que esta pesquisa possa contribuir com o ensino, as pesquisas na área da enfermagem perioperatória e as práticas assistenciais, relacionadas a sistematização da assistência de enfermagem perioperatória e a utilização de teorias de enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARAÚJO, M.J.B. *Ações de enfermagem em clínica cirúrgica*. Curitiba: Bezzera de Araújo, 1984.
- BROOKS, S. M. *Enfermagem na sala de cirurgia*. Rio de Janeiro: Interamericana, 1980.
- CAMON, V.A.A. et al. *Psicologia hospitalar: Teoria e Prática*, 3. ed. São Paulo: Pioneira, 1994.
- CARPENITO, L.J. *Planos de cuidados de enfermagem*. Trad. Ana Thorrell. 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.
- CARPENITO, L. J. *Diagnóstico de enfermagem: Aplicação à Prática Clínica*. 8ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- CLARK, J. C.; MGEE R. F. *Enfermagem oncológica*. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- CUNHA, I.C.K.O.; BICUDO, A.M.C.; CARMAGNANI, M.I.S. Implantação da sistematização de assistência de enfermagem no hospital sírio-libanês. *Enfoque*, v. 17, n. 3, p. 76-78, 1989.
- DAVIS, L. *Clínica cirúrgica*. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1970.
- GALVÃO, S.R.S.; CRUZ, D.A.L.M. *Estudo dos Fatores de Risco para o Diagnóstico de Alto Risco para Infecção*. In: II Congresso Brasileiro de Enfermagem em Centro Cirúrgico, São Paulo, 1995. *Anais*. São Paulo: USP, 1995.
- GUIMARÃES, H.C.Q.C.P.; BARROS, A. L.B.L.; GUTIERREZ, M.G.R. Identificação das características definidoras do diagnóstico de enfermagem excesso de volume de líquidos, *Rev.Latino-Am. Enf.*, v. 8, n. 2, p. 68-73, 2000.
- KNOBEL, E. *Condutas no paciente grave*. São Paulo: Atheneu, 1998.
- KAWAMOTO, E.E. *Enfermagem em clínica cirúrgica*. São Paulo: EPU, 1986.
- LADDEN, S. C. Conceitos Básicos de Enfermagem Perioperatória. In: MEEKER, M. H; ROTHROCK, J. C. *Alexander: cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997, cap 1, p. 3-5.
- LEONARD M. K; CRANE M. D. Ida Jean Orlando. In: GEORGE J. B. et al. *Teorias de enfermagem: fundamentos para prática profissional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. Cap. 12 p 164-173.
- MARIA, V. L. R. Diagnóstico de enfermagem, *Revista Nursing*, v. 32, n. 4, p. 11-13, 2001.
- NANDA. North American Nursing Diagnosis Association. *Diagnósticos de enfermagem: definições e classificações*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.
- OKAMURA M. ; AZUMA, M. Enfermagem autônoma no perioperatório, *Rev.SOBCEC*, v. 4, n. 3, p. 20-2, 1999.

ORLANDO, I.J.O *Relacionamento dinâmico, enfermeiro/ paciente.* São Paulo: Pedagógica e Universitária, 1978.

PICCOLI, M.; GALVÃO C. M. Enfermagem perioperatória: identificação do diagnóstico de enfermagem risco para infecção fundamentada no modelo conceitual de Levine, *Rev. Latino-Am Enf.*, v. 9, n. 4, p. 37-43, 2001

RISNER, P.B. Diagnosis: analysis and synthesis of data. In: GRIFFITH- KENNEY, J. W.; CRISTENSEN, P.J. *Nursing Process: application of theories frameworks, and models.* Saint Louis: Mosby, 1990. p.132-57.

SABBI, A. R. *Câncer conheça o inimigo.* Rio de Janeiro: Revinter, 1998.

SHERMAN JÚNIOR, C. D. *Manual de oncologia clínica: união internacional contra o câncer.* 5 ed. São Paulo: Springer-Verlag, 1989.

SILVA, M..L. P.; SOUZA, M.G.; SILVA, S.C.N.; RAGOZO, M.J.; MENEGUCCI, M.E. Proposta de sistematização da assistência de enfermagem no período pré-operatório. In: II Congresso Brasileiro de Enfermagem em Centro Cirúrgico, 1995, São Paulo. *Anais.* São Paulo: USP, 1995.p.145-160.

SILVA, M.D. A., RODRIGUES, A.L.; CESARETTI, I.U.R. *Enfermagem na unidade de centro cirúrgico,* São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, 1997.

SILVA, A. A Visita pré-operatória de enfermagem pela enfermeira do centro cirúrgico. *Revista da escola de enfermagem USP*, v. 21, n. 2, p. 145-160, 1987.

SMELTZER, S. C. ; BARE B.G. *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

STANTON, M.; PAUL, C.; REEVES, J.S. Um resumo do processo de enfermagem. In: GEORGE J. B. et al. *Teorias de enfermagem: fundamentos para prática profissional.* Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. Cap. 2 p 24-37.

STUART, G. W. ; LARRAIA, M. J. *Enfermagem psiquiátrica: princípios e práticas.* 6 ed, Porto Alegre: Artmed, 2001

TAYLOR, C. M. *Fundamentos de enfermagem psiquiátrica.* 13 ed, Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

VISCOT, D. *A linguagem dos sentimentos.* 3. ed. São Paulo: Summus; 1982.

Texto recebido em 09/08/2004

Publicação aprovada em 31/08/2004